

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLETA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO</b>	<b>TER.ESP.0362/01 Implantação: 08/2020 1ª Revisão: 09/2022 Classificação: RESTRITO</b>
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

### INDICAÇÃO PARA O EXAME

O exame de líquido amniótico é um exame pré-natal que consiste na punção e estudo cromossômico das células amnióticas, cujas características genéticas são iguais ao do feto e também é usado para pesquisa de contaminação fetal por infecções. Realizado a partir da 14ª semana de gestação.

As principais indicações são: idade materna avançada (acima de 35 anos), anormalidade fetal na gravidez (alteração no ultrassom), translocação cromossômica no casal, gestação anterior com doença genética, óbito fetal na gravidez atual, história de perdas fetais, ansiedade materna, pesquisa de paternidade e infecções.

### SOLICITAÇÃO DO EXAME

Eu, \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ abaixo assinada, através da indicação do Dr. (a) \_\_\_\_\_, e por sua referência, solicito a realização da coleta para posterior análise celular do concepto que estou gerando. Para tanto, entendo que será necessária a coleta de células fetais presentes no líquido amniótico que será obtida através de punção transabdominal com a utilização de uma agulha hipodérmica a ser realizada pelo Dr. (a) \_\_\_\_\_.

Contudo, entendi e aceitei as seguintes implicações abaixo explanadas:

1. Que a amniocentese transabdominal é uma técnica usual que tem sido largamente empregada, e embora possa haver algum risco nesse procedimento, seja para o feto, seja para mim, tal risco é considerado extremamente pequeno, de acordo com as citações da literatura pertinente. O risco materno é praticamente zero e o risco do procedimento provocar o abortamento é em torno de 1-2 para mil. Nessa fase, superior a 14 semanas, o risco de aborto espontâneo é em torno de 20 para mil.
2. Que às vezes, a punção pode não resultar em coleta de líquido amniótico.
3. Que pode não haver sucesso no cultivo das células, ou que a preparação citogenética não seja satisfatória para uma conclusão definitiva, havendo necessidade de nova punção, isto ocorre em cerca de 1% dos casos.

### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Recomenda-se a administração de imunoglobulina anti-Rh dentro de 24 horas da coleta em paciente com grupo sanguíneo Rh.

O risco de sérias complicações, incluindo perda fetal, varia nos diferentes centros de 0,2% a 0,5%.

Antes de realizar a punção é necessário realizar um minucioso ultrassom para avaliação do feto. Este minucioso exame tem a intenção de detectar qualquer anormalidade fetal prévia à amniocentese. O mais importante é realmente a monitorização de modo a dar a certeza do caminho a ser percorrido pela agulha.

### DADOS DA PACIENTE:

Nome da paciente: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
E-mail da paciente: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Nome do esposo: \_\_\_\_\_ Nasc.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
E-mail do esposo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_

### DADOS DA COLETA:

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO COLETA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO</b>	TER.ESP.0362/01 Implantação: 08/2020 1ª Revisão: 09/2022 Classificação: RESTRITO
----------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Médico que coletou: \_\_\_\_\_ Data da coleta: \_\_\_\_\_  
DUM: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ Gest.: \_\_\_\_\_ Partos: \_\_\_\_\_ Perdas: \_\_\_\_\_  
1ª Ser.: \_\_\_\_\_ mL 2ª Ser.: \_\_\_\_\_ mL 3ª Ser.: \_\_\_\_\_ Soma dos volumes das seringas: \_\_\_\_\_ mL.  
Quantidade de seringas: \_\_\_\_\_ Puncionadas nesta ordem: [ ] Sim [ ] Não  
Seringas identificadas: [ ] Sim [ ] Não  
Amostra: [ ] clara [ ] pouco sangue [ ] muito sangue [ ] meconial  
Indicação do exame:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DADOS DO MÉDICO:**

Nome do médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_  
Nome da clínica: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
Telefones: \_\_\_\_\_  
E-mail médico/clínica: \_\_\_\_\_

**ENVIO:**

Enviado via: ( ) Correios ( ) Sedex ( ) Sedex 10 ( ) Aéreo ( ) Transportadora ( ) Entregue ao paciente

**DECLARAÇÃO**

Desse modo, de forma espontânea, permito que seja realizado em mim tal exame eximindo, em qualquer tempo, os médicos acima enunciados, de qualquer culpabilidade no eventual surgimento de complicações materna ou fetal futuras, assumindo integralmente os riscos que atesto ter conhecimento.

Assim sendo, declaro que li, tive conhecimentos e aceitei as implicações explanadas neste termo de consentimento.

Chapecó, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome Completo Paciente

CPF: \_\_\_\_\_